

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 43

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE

DES

ACCOUCHEMENTS EN DROITE-POSTÉRIEURE

à la clinique obstétricale pendant l'année 1924



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1925

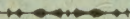
PAR

Charles-Marie-Aimé GABERT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 6 juin 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur	Président.
		SABRAZÈS, professeur	Juges.
		CARLES, professeur	
		FAUGÈRE, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 43

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE

DES

ACCOUCHEMENTS EN DROITE-POSTÉRIEURE

à la clinique obstétricale pendant l'année 1924



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1925

PAR

Charles-Marie-Aimé GABERT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 6 juin 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	} <i>Juges.</i>
		CARLES, professeur	
		FAUGÈRE, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE,

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale	N.	id.	N.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .. MM. N.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie .. CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie .. LOUBAT.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle .. GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE — A MA MÈRE

Un faible témoignage de mon affection
filiale.

A MA SOEUR

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES CHARLES ET PIERRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DE L'ÉCOLE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

PRÉSENTÉ PAR L'AUTEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC RIVIÈRE

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

INTRODUCTION

Longtemps réputées dangereuses, les présentations du sommet en variété postérieure sont encore reconnues par la plupart des accoucheurs comme beaucoup plus défavorables que les présentations du sommet en variété antérieure.

Sur l'instigation du docteur Marc Rivière, chef de clinique, nous avons recherché les observations de tous les accouchements avec présentation du sommet en droite postérieure effectués dans le service pendant l'année 1924.

Avant d'exposer le résultat de nos recherches, nous devons remercier tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté, nos professeurs à l'école, qui nous ont toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Rivière de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse. Merci encore au docteur Marc Rivière pour ses bons conseils.

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE

DES

ACCOUCHEMENTS EN DROITE POSTÉRIEURE

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE PENDANT L'ANNÉE 1924

HISTORIQUE

Pour les anciens auteurs, dans les variétés postérieures, dans les positions à face au-dessus, comme ils les appellent (Mauriceau, tome I des *Œuvres complètes*, 6^e édit., Paris, 1721; Rœderer, *Éléments de l'art des accouchements*, traduction française, Paris, 1765, le dégagement de l'occiput avait toujours lieu en arrière dans la concavité du sacrum; quelques-uns admettaient avec Baudelocque (*L'art des accouchements*, p. 303, Paris, 1789), mais comme exceptionnelle, la possibilité de la rotation en avant et du dégagement de l'occiput sous le pubis.

Nœgelé (*Journal complémentaire des sciences médicales*, 1829, t. IX) modifia cette opinion et eut le mérite de montrer que l'exception était, au contraire, le dégagement de la face sous l'arcade pubienne et que l'occiput effectuait une longue rotation pour finalement sortir en occipito-pubienne.

La difficulté de tels accouchements était, sinon exagérée par quelques-uns, au moins redoutée par tous, et M^{me} Lachapelle (*Pratique des accouchements*, t. I, p. 118, Paris, 1821) traduit l'opinion de ses contemporains : « On ne peut nier, dit elle, que dans ces cas (occipito-postérieures) l'accouchement spontané ne soit très possible, des multitudes d'exemples le prouvent tous les jours, mais le simple raisonnement nous indique assez quelles nombreuses sources de difficultés découlent d'une semblable position. »

Scanzoni et Mac Donald partageaient cependant l'opinion de Cazeaux, qui accordait un pronostic plus heureux aux variétés droites : « La variété postérieure gauche, dit-il, m'a toujours paru offrir beaucoup plus de difficultés que la postérieure droite ; la descente de la tête est, en général, beaucoup plus difficile et sa rotation beaucoup plus lente à s'opérer. »

Pour Velpeau, la variété postérieure droite « réunit dans son espèce toutes les conditions avantageuses possibles et l'emporte, sous ce rapport, sur toutes les autres ».

Pour terminer cette revue rapide, empruntons quelques citations au professeur Tarnier : « La vérité, dit-il, est que les accouchements en occipito-postérieure, que la tête tourne correctement ou que l'occiput se place vis-à-vis le sacrum, sont des accouchements longs, pénibles, dont l'issue est incertaine, compromettant les enfants, exposant les mères, par suite de la prolongation inusitée du travail, à des compressions dangereuses et à des opérations. » (*Semaine médicale*, 2 janvier 1889).

Faut-il être si pessimiste ? Pajot admet la rotation et la flexion de la tête comme marche normale de l'accouchement des O. I. D. P. : « Quant au pronostic des accouchements en O. I. D. P., dit-il, la règle est que l'accouchement se fera seul, je puis dire au moins 95 fois sur 100. Les cas où l'accouchement ne sera plus spontané sont ceux, par exemple, où les contractions utérines seront faibles ; où elles seront insuffisantes pour faire tourner la tête ; la résistance étant alors supérieure à la force, les contractions s'affaibliront encore, elles s'espace-ront, diminueront... Dans ces cas, il vous faudra appliquer le

forceps; j'en suis partisan certainement, mais avec cette restriction de ne jamais employer la violence dans son application. »

Ribemont-Dessaignes (*Traité d'obstétrique*, 8^e édit., 1914) ne signalent aucune difficulté particulière pour les accouchements des O. I. D. P., ils notent seulement un retard de l'engagement : « Par suite du défaut de flexion de la tête, celle-ci reste élevée dans l'excavation pendant un certain temps; ce n'est que lorsque la dilatation est très avancée qu'on voit la tête enfin fléchie s'engager à fond. »

Comme on le voit, le pronostic des O. I. D. P. a perdu avec le temps beaucoup de la gravité que lui donnaient les anciens accoucheurs et, traduisant l'opinion moderne, notre maître le professeur Rivière nous a appris à considérer comme nullement défavorables ces présentations en droite postérieure.

Les statistiques qui suivent montreront combien peu souvent il a fallu intervenir malgré la forte proportion de ces présentations.

De la fréquence des présentations occipito-iliaques droites postérieures.

De nombreux auteurs ont recherché quelle était la fréquence de ces présentations; les chiffres qu'ils donnent, sans être absolument identiques, sont cependant très voisins les uns des autres et la proportion que l'on convient d'admettre pour les O. I. D. P. est environ de 26 p. 100.

Dubois donne comme résultat de ses recherches 25,60 p. 100.

Depaul trouve également 25,60 p. 100.

Tarnier, sans donner de chiffre, indique la classification suivante des présentations par ordre de fréquence :

O. I. G. A.

O. I. D. P.

O. I. G. P.

O. I. D. A.

Pinard, dans son *Traité du palper* (2^e édition), donne la proportion de 35,8 p. 100.

Bataillard, Corbière, dans leurs thèses, proposent le chiffre de 26 p. 100.

Nos recherches personnelles, effectuées à la clinique pendant l'année 1924 sur des femmes présentant un bassin normal et examinées dès leur entrée dans le service, ont porté sur 840 observations et nous ont permis de trouver 204 O. I. D. P.

Ces 204 O. I. D. P. étaient réparties de la façon suivante :

90 chez des primipares;
114 chez des multipares.

Sur l'ensemble de ces observations, nous trouvons donc une proportion de 25 p. 100 d'O. I. D. P.; ce chiffre se rapproche sensiblement de ceux qui ont été publiés par les auteurs cités plus haut.

Cependant nous croyons ce chiffre inférieur à la réalité, en effet il est déduit des observations de parturientes qui portaient une présentation O. I. D. P. au moment de l'examen; mais n'est-on pas en droit de considérer comme anciennes O. I. D. P. les O. I. D. T. rencontrées chez des femmes en travail, lorsque celles-ci présentaient des bassins normaux dans toutes leurs dimensions et nullement rétrécis ?

C'est là une remarque qui nous paraît assez justifiée et ces O. I. D. T. rencontrées chez des femmes en travail, dont les fœtus sont en plein mouvement de rotation, doivent être comptées positivement dans la statistique que nous voulons établir.

Cette nouvelle considération nous amène à modifier le chiffre de 25 p. 100 que nous avons donné plus haut comme résultat de nos recherches et à le remplacer par celui de 30 p. 100 qui nous paraît plus conforme à la réalité.

Cette proportion pourra paraître exagérée aux yeux de certains, nous la déduisons d'observations prises aussi rigoureusement que possible et nous remarquerons qu'elle est encore bien inférieure à celle de 35,8 p. 100 indiquée par Tarnier.

Quelques considérations sur la marche de l'accouchement et le travail.

Y a-t-il lieu de se préoccuper d'une position postérieure du sommet lorsqu'elle est constatée au cours de la grossesse ? Quelques auteurs exagérant la gravité du pronostic, ont proposé diverses manœuvres dans le but de transformer la position en antérieure. Il faut bien reconnaître que ces tentatives restent le plus souvent infructueuses ; leur utilité est d'ailleurs contestable et le mieux est de s'en abstenir.

Lorsque le travail se déclare, il n'y a, en règle générale, qu'à attendre patiemment que la dilatation soit complète, en se bornant à une surveillance attentive et surtout en respectant l'intégrité de la poche des eaux.

Quelles sont les différentes phases de l'accouchement normal des O. I. D. P. ? Nous ne saurions mieux les décrire que Pajot et nous emprunterons quelques citations à cet auteur.

« Le premier temps est caractérisé par l'engagement : la progression, la descente des parties fœtales qui se dirigent de plus en plus vers le vagin et la vulve, poussées qu'elles sont par les contractions utérines.

» Le deuxième temps est le temps dit de rotation ou, comme je l'ai appelé, le temps d'accommodation, c'est-à-dire que le fœtus engagé d'une certaine façon accomplit un mouvement de rotation, de telle sorte que le grand sens des parties fœtales se trouve dans le grand sens du passage à parcourir. Cette rotation n'est nullement un mouvement instinctif du fœtus, comme on

l'a cru pendant longtemps et comme Dubois lui-même le croyait. Le fœtus y est absolument étranger; je n'en veux d'autre preuve que ce même mouvement de rotation se produisant encore alors que l'enfant est mort.

» La cause de cette rotation est une accommodation mécanique des formes fœtales aux capacités du bassin; c'est le contenu venant s'accommoder à la forme du contenant.

» Enfin le troisième temps, c'est l'expulsion. Tout le reste constitue les mouvements accessoires. La première partie du fœtus étant expulsée la seconde à son tour, procède par le même mécanisme aux temps d'engagement et de progression, de rotation et d'expulsion. Ajoutons comme mouvements accessoires, si c'est une présentation du sommet, la flexion de la tête, et si c'est une présentation de la face, la déflexion de la tête. »

Quel est le temps moyen qu'emploie le fœtus pour effectuer les différentes phases du parcours qu'il doit suivre ?

Les recherches que nous avons effectuées à la clinique nous ont donné les chiffres suivants :

12 h. 30 chez les primipares ;

9 h. 8 chez les multipares.

Pour la durée du travail, il n'y a donc pas une différence très grande entre les positions antérieures et les droites postérieures ; le temps que le fœtus demande en plus pour ces dernières est employé à effectuer une longue rotation de $3/8$ de cercle qui amène l'occiput sous la symphyse pubienne.

Lorsque rien ne s'oppose au mouvement de rotation, on voit la tête occuper successivement les positions droite, transversale, antérieure, puis se dégager en O. P. Quelquefois, surtout chez les multipares, ce mouvement de rotation en avant s'accomplit avec une très grande rapidité, en quelques instants; la fontanelle antérieure est très accessible au niveau de la branche ischio-pubienne; on craint que cette tête un peu défléchi ne tourne en arrière, lorsque tout d'un coup elle se fléchit et la rotation s'accomplit.

A partir de ce moment, le mécanisme de l'accouchement ne

présente rien de particulier : l'accouchement va se terminer en quelques minutes.

Tarnier a bien montré la réalité des faits en disant : « Toutes les fois que dans les positions D. P. j'ai observé l'insuffisance des contractions utérines et l'impuissance des efforts faits par la patiente, j'ai trouvé la déflexion de la tête et mon doigt arrivait facilement sur la fontanelle antérieure, tandis que la fontanelle postérieure était difficile à atteindre et même inaccessible. Tant que cette déflexion persiste on peut être sûr que le travail ne fera pas de progrès, mais la scène change dès que la tête se fléchit : la fontanelle antérieure s'éloigne alors du centre du bassin, pendant que la fontanelle postérieure s'en rapproche. Ce mouvement m'a fait souvent pronostiquer la terminaison prochaine de l'accouchement et mes prévisions se sont réalisées. »

Dans quelques cas, si le travail a été long, la bosse sanguine siégeant sur le pariétal antérieur, c'est à dire sur le pariétal gauche, peut être assez volumineuse pour empêcher la rotation complète de la tête en avant et pour gêner son dégagement. Pendant longtemps les accoucheurs, redoutant l'accouchement dans ces variétés de positions (postérieures), intervenaient à une époque peu avancée du travail pour produire la flexion de la tête et le mouvement de rotation. Baudelocque fit le premier ces tentatives de réduction de la tête fœtale ; Mattei, Tarnier, les essayèrent aussi. On peut avoir recours à cette manœuvre quand la dilatation est complète ; il est préférable de s'abstenir.

Il y a cependant des cas moins heureux. Quand l'expulsion se prolonge sans amener la rotation de la tête, la femme s'épuisant en efforts impuissants, et à plus forte raison si le ralentissement et l'irrégularité des battements du cœur, l'issue du méconium indiquent un état de souffrance de l'enfant, il faut intervenir et pratiquer artificiellement la rotation. Pour ce faire il y a deux méthodes :

1° Le procédé manuel de Tarnier, que nous ne décrirons pas, mais qui présente l'avantage de pouvoir être employé avant que la dilatation soit complète ; on lui reproche cependant de ne pas

toujours donner un résultat définitif, la tête reprenant souvent sa première position au moindre mouvement de l'utérus;

2° L'emploi du forceps; nous allons le résumer en quelques mots :

Premier temps : Introduction et placement des branches : la première la branche postérieure, par conséquent la branche gauche, celle-ci étant placée en arrière, la seconde est introduite d'abord en arrière, puis ramenée en avant, par le mouvement de spire de M^{me} La Chapelle, sur le pariétal antérieur. En même temps, rapprocher les manches de la cuisse de la mère à laquelle correspond la courbure pelvienne de l'instrument.

Deuxième temps : Articulation des deux branches.

Troisième temps : Extraction sans oublier qu'il faut, avant d'accomplir la rotation, exercer des tractions pour compléter la flexion et abaisser la tête sur le périnée. Ensuite, rotation accomplie d'arrière en avant et on amène l'occiput sous la symphyse en imprimant aux manches un grand mouvement de circumduction pour ménager les parties molles de la mère.

Nous avons toujours vu repousser à la clinique la manœuvre de Loviot qui consiste à transformer la position postérieure en transverse pour éviter deux applications de forceps, le bord concave des cuillers étant dirigé vers l'occiput; après notre maître, le professeur Rivière, nous reprochons à cette manœuvre d'amener trop souvent des prises obliques, autrement dangereuses pour l'enfant que deux applications de forceps.

D'ailleurs, les cas où l'intervention devient nécessaire sont très rares, et sur les 204 O. I. D. P. que nous avons trouvées à la clinique en 1924, nous ne relevons que 7 interventions de forceps, dont 3 chez des primipares et 2 chez des multipares, cela donne une bien faible proportion; dans tous ces cas, le résultat a été heureux pour la mère et l'enfant, sauf un seul où l'application a causé une paralysie faciale droite.

Contrairement à ce que l'on a dit, la rotation au forceps ne cause aucun dommage au fœtus, le mouvement se répartissant sur tous les segments de la colonne vertébrale (Ribemont-Dessaignes, *Coupes de fœtus congelés*).

III

De la rupture de la poche des eaux.

Nous avons recherché à quel moment s'effectuait la rupture de la poche des eaux, qu'elle soit spontanée ou qu'on soit amené à la produire artificiellement. Nous donnerons d'abord les résultats obtenus chez les primipares, ensuite chez les multipares.

Chez les primipares, nous avons trouvé sur 88 observations :

53 ruptures spontanées dont :

- 19 prématurées ;
- 12 précoces ;
- 17 tempestives ;
- 5 à dilatation complète.

35 ruptures artificielles dont :

- 2 avant dilatation complète ;
- 33 à dilatation complète.

Ce qui nous donne :

- 60,2 p. 100 ruptures spontanées ;
- 39,8 p. 100 ruptures artificielles.

Remarquons la faible proportion de ruptures spontanées à dilatation complète.

Chez les multipares, nous trouvons 119 observations :

55 ruptures spontanées dont :

11 prématurées ;

16 précoces ;

17 tempestives ;

11 à dilatation complète.

64 ruptures artificielles dont :

4 avant dilatation complète ;

60 à dilatation complète.

Ce qui nous donne :

45,3 p. 100 ruptures spontanées ;

54,7 p. 100 ruptures artificielles.

Comment expliquer cette fréquence plus grande de ruptures spontanées et surtout spontanées avant dilatation complète chez les primipares ?

Nous croyons devoir l'attribuer à la lenteur de la dilatation chez ces dernières ; les membranes étant soumises plus longtemps à la pression due aux contractions utérines et portant sur un orifice plus étroit, il se crée un point faible où se produit la rupture.

Inversement, chez les multipares dont la dilatation est plus rapide, la rupture spontanée se produirait trop tard et on est amené à la produire artificiellement. On pourrait invoquer aussi la pression moins franche et plus irrégulière des parties fœtales chez les primipares amenant plus facilement une poche des eaux piriformes.

IV

De la marche de la dilatation dans les O. I. D. P.

Varnier a dit avec raison que : « c'est sur la durée, non pas de la période d'expulsion mais de la dilatation, que porte la prolongation de l'accouchement en position postérieure ».

Le résultat de nos recherches nous permet de l'approuver. Quels sont-ils ?

Chez les primipares nous trouvons comme temps moyen de la dilatation 8 h. 30; ce chiffre correspond à celui de 6 heures chez les multipares.

On ne peut nier que ces chiffres soient légèrement supérieurs à ceux que l'on trouve dans les positions antérieures, la cause en est évidemment la présentation moins favorable.

Il est même des cas où ces chiffres moyens sont largement dépassés, la lenteur de la dilatation devient désespérante; « de plus, par suite de la situation du front en avant, le segment inférieur ou plutôt le col de l'utérus se trouve comprimé entre la partie fœtale et la paroi osseuse du bassin; le bord antérieur de l'orifice utérin s'infiltre, s'œdématie, de telle sorte qu'au fur et à mesure des progrès du travail, la paroi antérieure du col devient volumineuse, se présente sous forme d'un bourrelet œdémateux, parfois assez considérable pour gêner ou arrêter le mouvement de rotation. — La tête peut être ainsi retenue en transversale dans l'excavation et l'accouchement naturel être rendu difficile ou même impossible ».

Nous avons retrouvé des conditions analogues dans les quelques observations qui ont nécessité l'emploi du forceps : lenteur

de la dilatation, arrêt de la rotation, fatigue de la mère et de l'enfant.

Cependant, ces cas ne se retrouvent que rarement, puisque sur 204 O. I. D. P. il n'y a eu que 8 cas où l'intervention a été nécessaire. Nous rapportons l'observation d'une jeune femme (dont le bassin n'était pas rétréci, mais présentait un diamètre promonto-pubien de 10 cc. $\frac{3}{4}$ compatible avec l'accouchement au forceps si la dilatation avait été suffisante et l'état du col normal) qui a présenté très nettement le tableau de cette dilatation lente avec arrêt de la progression et œdème du col; la voici :

OBSERVATION N° 742 *bis*. — Primipare de 19 ans. Entre en travail dans le service le 20 novembre 1924.

Les douleurs sont rapprochées et régulières, mais la tête reste au détroit supérieur en droite transverse. — Le 21, à 9 heures du matin, la dilatation est de 5 francs; la poche des eaux se rompt au cours du toucher.

A partir de ce moment, malgré les douleurs normales, la dilatation ne progresse plus, le col tend à s'œdématier.

Vers 17 heures, la température s'élève à 37°4, le pouls à 108; le liquide amniotique est un peu teinté, la tête mal fléchie reste dans la même situation.

On décide d'intervenir.

Vers 19 heures, opération (Marc Rivière et Massé). Laparotomie médiane, extériorisation de l'utérus, suture immédiate de la paroi au fil d'argent. Incision de l'utérus, extraction d'un enfant (garçon de 3 kil. 400) qui rend son méconium mais crie presque aussitôt. Changement de gants. Sutures habituelles de l'utérus. Pansement à l'huile goménolée.

Suites mouvementées. Deux jours après l'opération, apparition d'un exsudat verdâtre au niveau de la suture utérine; le surj t séro-séreux se désunit de haut en bas. Vers le septième jour, sphacèle au niveau des points supérieurs et déhiscence de la cicatrice. La sonde cannelée pénètre dans la cavité utérine. Pansements goménolés quotidiens, peu à peu la plaie s'oblitére et vers le vingt-cin-

quième jour la paroi utérine est cicatrisée, l'utérus s'enfonce de plus en plus dans l'abdomen.

Réintervention le 14 janvier. Laparotomie médiane, libération d'adhérences épiploïques lâches, décollement au doigt et aux ciseaux des adhérences péritonéales.

Section au thermo des franges tubaires agglutinées. Cathétérisme incomplet des trompes. Fermeture en trois plans sans drainage.

Suites marquées par une élévation thermique et élévation du pouls. Vomissements le troisième jour, mais pas de facies péritonéal.

Convalescence, résultat heureux pour la mère et l'enfant.

C'est là une intervention grave, mais on peut la considérer comme exceptionnelle et ne pas assombrir le pronostic des O. I. D. P. qui, si elles amènent une dilatation un peu longue, se terminent le plus souvent, presque toujours même, par un accouchement spontané.

V

Du temps d'expulsion.

Il nous faut dire aussi quelques mots sur la durée d'expulsion dans les O. I. D. P.; nous l'avons recherchée et nous avons trouvé les chiffres suivants :

59'21 chez les primipares;

37' chez les multipares.

Ces chiffres sont presque identiques à ceux trouvés habituellement pour les positions antérieures; ce temps de l'accouchement ne présente donc rien de bien particulier à décrire.

Dans la majorité des cas, le dégagement a lieu en O. P.; sur l'ensemble de nos observations, nous n'avons rencontré que quatre ou cinq dégagements en O. S.; d'ailleurs, quand l'occiput tourne en arrière, on peut espérer que l'expulsion se fera spontanément; si la tête reste pendant plus de deux heures sans progresser, après dilatation complète, on interviendra à l'aide du forceps.

CONCLUSIONS

1° Fréquence de 30 p. 100, supérieure à celle de 26 p. 100 qui est habituellement donnée;

2° Temps de travail plus long que dans les positions antérieures de :

2 h. 1/2 environ chez primipares;

1 h. 1/2 environ chez multipares;

3° Dilatation assez longue :

8 h. 30 chez les primipares;

6 heures chez les multipares;

4° Expulsion à peu près identique à celle des positions antérieures :

59'21 chez les primipares;

37' chez les multipares.

Y a-t-il lieu d'établir un pronostic particulier dans ces positions postérieures du sommet? Ce pronostic a été singulièrement noirci par certains accoucheurs; Pinard et ses élèves ont montré par leurs statistiques que si, dans certains cas, l'accouchement est plus long, plus défectueux, il ne fallait exagérer ni l'importance ni la fréquence de ces difficultés; nous suivrons leur exemple.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 11 décembre 1925.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- PAJOT. — Des présentations O. I., mécanisme de l'accouchement. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1886, LIX, 631.
- TARNIER. — Application de forceps dans les O. I. D. P. *Journal des sages-femmes*, Paris, 1896, XXIV, 17-19.
- LOP. — De l'accouchement dans les O. postérieures. Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, 1898.
- MAYGRIER. — Des positions O. postérieures. *Revue de thérapeutique méd., chirurg.*, Paris, 1901.
- BATAILLARD. — Étude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail dans les variétés postérieures du sommet. Thèse de Paris, 1899.
- CORBIÈRE. — Étude statistique sur les présentations du sommet (Variétés postérieures) au point de vue fréquence et pronostic. Thèse de Paris, 1893.
- SIFFLET. — Du pronostic de la présentation du sommet, l'enfant étant viable. Thèse de Paris, 1893.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique, 1914.

Références étrangères.

- PARTRIDGE. — Posterior positions of the occiput, and their management. *Rhode-Island M. J.*, Providence, 1920.
- BROWNE. — Spontaneous rectification of a posterior position. *Clin.*, Philad., 1920.
- LEE (DE). — The treatment of obstinate occipito-posterior positions. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1920.

- BILL. — Forceps rotation of the head in persistent occipito posterior positions. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1918.
- LACKIE. — An artificial rotation of the head in persistent O. P. positions. *Edimb. M. J.*, 1920.
- PECK. — Digital rotation in O. P. positions of the vertex. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1917.

